



Soziale Lage beeinflusst die Herzgesundheit

Herzinsuffizienz ist in Deutschland sozial ungleich verteilt. Das zeigt der „Gesundheitsatlas Deutschland Herzinsuffizienz“, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) anlässlich des Weltherztags veröffentlicht hat.

Von Stefanie Roloff

Mehr als drei Millionen Menschen waren 2024 laut dem „Gesundheitsatlas Deutschland“ des WiDO bundesweit von einer Herzinsuffizienz betroffen. Das entspricht einer Prävalenz von 5,5 Prozent bei der Bevölkerung ab 30 Jahren. Die Erkrankung war bei fast vier Prozent aller Todesfälle dokumentiert und verursachte Krankheitskosten von 9,2 Milliarden Euro, vor allem durch Krankenhausaufenthalte. Dabei ist die Krankheitslast sozial ungleich verteilt. In den sozioökonomisch am stärksten benachteiligten, sogenannten „deprivierten“ Regionen liegt die Prävalenz bei 6,8 Prozent, in den am wenigsten benachteiligten bei 4,4 Prozent. Der Zusammenhang bleibt auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen weitgehend bestehen. „Die Ergebnisse zeigen, dass sich soziale Ungleichheit auch in der Herzgesundheit widerspiegelt“, sagt WiDO-Geschäftsführer Helmut Schröder. Einkommen, Bildung und Beschäftigung beeinflussten die Verteilung wichtiger Risikofaktoren und damit auch die Krankheitslast in den Regionen. „Präven-

tionsangebote sollten insbesondere dort gestärkt werden, wo die gesundheitlichen Belastungen besonders hoch sind“, so Schröder.

DEUTLICHE REGIONALE UNTERSCHIEDE

Die Häufigkeit der Herzinsuffizienz unterscheidet sich in den einzelnen Bundesländern deutlich. Besonders niedrige Krankheitshäufigkeiten weisen Hamburg mit 3,8 Prozent, Bremen mit 4,5 Prozent und Berlin mit 4,6 Prozent auf. Den höchsten Anteil hat Sachsen-Anhalt mit 8,9 Prozent, gefolgt von Thüringen mit 8,5 Prozent und Sachsen mit 7,9 Prozent. Auf der Ebene der 400 Kreise und kreisfreien Städte zeigen

DIE NIEDRIGSTE PRÄVALENZ WEIST FRANKFURT AM MAIN AUF.

sich noch größere Unterschiede: Der höchste Anteil von Betroffenen findet sich im Landkreis Mansfeld-Südharz in Sachsen-Anhalt mit 13,9 Prozent, der niedrigste in Frankfurt am Main mit 2,8 Prozent. Sehr niedrige Herzinsuffizienzprävalenzen gibt es in vielen Kreisen rund um Hamburg und München, im Rhein-Main-Gebiet sowie im südlichen Baden-Württemberg. Überdurchschnittlich hohe Prävalenzen finden sich in vielen Kreisen Ostdeutschlands sowie in Nord- und Ostbayern. Die Zahl der Betroffenen ist in diesen Regionen auch unter Berücksichtigung der jeweiligen Alters- und Geschlechtsstruktur vergleichsweise hoch. „Das zeigt, dass nur ein kleiner Teil der regionalen Unterschiede auf die Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann“, erläutert Schröder.

HERZINSUFFIZIENZ BEI MÄNNERN HÄUFIGER

Während eine Herzinsuffizienz in jungen Lebensjahren selten vorkommt, steigt ihre Häufigkeit mit dem Alter stark an. In der Altersgruppe ab 90 Jahren liegt der Anteil der erkrankten Männer bei 35 Prozent und der der erkrankten Frauen bei 30 Prozent. Der Geschlechtsunterschied ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Männer häufiger von Vorerkrankungen wie Koronarer Herzkrankheit oder Herzinfarkt betroffen sind.

„Mögliche Ursachen für die Geschlechtsunterschiede sind biologische Faktoren und eine unterschiedliche Häufung von Risikofaktoren bei Männern und Frauen“, so Schröder. „Das Rauchen stellt einen wichtigen Risikofaktor für kardiovaskuläre Krankheiten dar, und in den vergangenen Jahrzehnten war der Raucheranteil unter den Männern stets deutlich höher als unter den Frauen.“ Außerdem trete Bluthochdruck bei Männern häufig schon in mittlerem Lebensalter auf, bei Frauen erst später.

MEHR HERZINSUFFIZIENZ BEI HOHEM RAUCHERANTEIL

Ein Vergleich auf regionaler Ebene bestätigt die aus der wissenschaftlichen Literatur bekannten Zusammenhänge: In Regionen mit besonders vielen Raucherinnen und Rauchern liegt der Anteil der Betroffenen bei 6,6 Prozent. In Regionen mit wenigen Rauchenden beträgt er dagegen nur 4,7 Prozent. Werden auch hier die regional unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen berücksichtigt, verringert sich dieser Unterschied nur leicht. „Maßnahmen zur Rauchprävention können daher zur Vermeidung zukünftiger Erkrankungen beitragen“, sagt Schröder.

HYPERTONIE UND TYP-2-DIABETES ALS RISIKOFAKTOREN

Auch verschiedene Einzelfaktoren des metabolischen Syndroms wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas und Diabetes mellitus erhöhen das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und in deren Folge für eine Herzinsuffizienz. Für den Gesundheitsatlas Herzinsuffizienz wurde der Zusammenhang mit Bluthochdruck und Typ-2-Diabetes auf regionaler Ebene untersucht. In Regionen mit wenigen

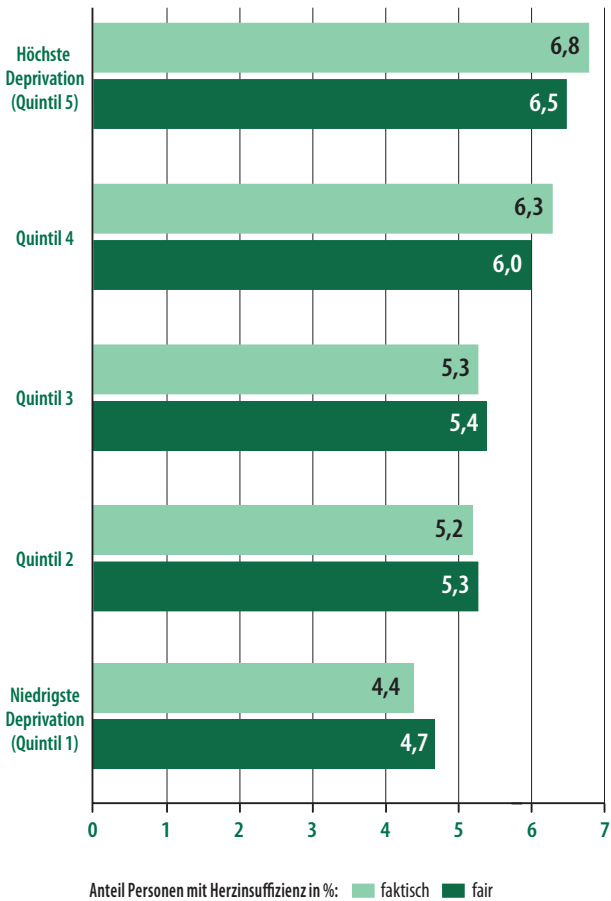
Hypertonie-Betroffenen liegt der Anteil der Menschen mit Herzinsuffizienz bei 4,2 Prozent. In Regionen mit besonders vielen Hypertonie-Erkrankten beträgt er dagegen 8,4 Prozent. Der Zusammenhang mit Typ-2-Diabetes ist ähnlich ausgeprägt. „Dies verdeutlicht das Präventionspotenzial“, so Schröder. Mit einer gesunden Ernährung, ausreichend körperlicher Aktivität und einer guten Behandlung von Bluthochdruck könne das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen deutlich gesenkt werden. „Dies würde helfen, die Zahl der zukünftigen Herzinsuffizienzfälle zu reduzieren.“



Der Gesundheitsatlas Deutschland Herzinsuffizienz ist online abrufbar unter: www.gesundheitsatlas-deutschland.de/ Oder einfach QR-Code scannen.

Herzinsuffizienz häufiger in Regionen mit hoher Deprivation

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz in der Wohnbevölkerung in Deutschland ab 30 Jahren faktisch und im „fairen“ Vergleich nach Bereinigung unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Regionen.



© Springer Medizin Verlag GmbH | Quelle: Gesundheitsatlas Deutschland Herzinsuffizienz, WiDO 2026

© Allina / stock.adobe.com / Generated with AI

© Grafik: Springer Medizin Verlag GmbH | Quelle: Gesundheitsatlas Deutschland Herzinsuffizienz, WiDO 2026



„Wir könnten im Schnitt zwei Jahre länger leben“

Warum sich das Risiko für Herzinsuffizienz lange vor der Erkrankung beeinflussen lässt und welche Ansatzpunkte dabei besonders wichtig sind, erläutert Heribert Schunkert vom Deutschen Herzzentrum München.

Das Interview führte Stefanie Roloff

Herr Professor Schunkert, laut Gesundheitsatlas leben in Deutschland rund 3,2 Millionen Menschen mit Herzinsuffizienz. Wie ordnen Sie diese Zahl ein?

Die Größenordnung kommt aufgrund früherer Untersuchungen nicht völlig überraschend. Dem WiDO ist aber eine sehr sorgfältige Analyse gelungen, die weit über diese Gesamtzahl hinausgeht. Sie zeigt nicht nur, wie unterschiedlich Herzinsuffizienz in Deutschland verteilt ist, sondern gibt auch Hinweise auf ihre Ursachen – und damit auf Ansatzpunkte, um die Zahl der Erkrankungen künftig zu senken.

In sozial benachteiligten Regionen ist Herzinsuffizienz deutlich häufiger. Was steckt dahinter?

Menschen mit höherem Einkommen und höherer Bildung haben im Durch-

schnitt ein geringeres kardiovaskuläres Risiko. Entscheidend sind aber nicht Geld oder Bildung an sich, sondern die damit verbundenen Risikofaktoren. Der Gesundheitsatlas zeigt: In sozial besser gestellten Regionen wird weniger geraucht, Bluthochdruck besser behandelt und Übergewicht ist seltener. Daraus ergibt sich der Auftrag, solche günstigeren Voraussetzungen für ein gesundes Leben in allen Bevölkerungsgruppen und Regionen zu schaffen.

Erreichen die bisherigen Präventionsangebote gerade diejenigen zu wenig, die sie am dringendsten benötigen?

Hausärzte erleben im Alltag häufig Menschen mit einem ungesunden Lebensstil, bei denen die Motivation für Veränderungen gering ist oder die Hürden dafür sehr hoch sind. Die entschei-



Heribert Schunkert

ist Professor für Kardiologie an der TU München, Direktor der Abteilung Kardiologie am Deutschen Herzzentrum und stellv. Vorsitzender der Deutschen Herzstiftung.

dende Frage ist deshalb: Wie erreichen wir diese besonders gefährdeten Menschen besser? Am Ende müssen die Betroffenen selbst aktiv werden – mit mehr Bewegung, einer gesünderen Ernährung und Rauchverzicht. Wenn nötig, kommen Medikamente hinzu, etwa zur Behandlung von Bluthochdruck oder erhöhten Cholesterinwerten.

Bluthochdruck ist ein zentraler Risikofaktor für Herzinsuffizienz. Was lässt sich hier noch verbessern?

Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die frühzeitige Erkennung. Deshalb halte ich es für sinnvoll, Blutdruckmessungen auch in Apotheken anzubieten. So können erhöhte Werte niedrigschwellig entdeckt und die Betroffenen anschließend gezielt ärztlich weiterbetreut werden. Wir wissen, dass sich der Blutdruck bei konsequenter Behandlung in der Regel gut in den Zielbereich bringen lässt.

Welche Rolle spielt die Cholesterinsenkung – und was hat sich therapeutisch verändert?

Statine sind ein weiteres wichtiges Element, besonders bei Menschen mit Arteriosklerose, um das Risiko für eine Herzinsuffizienz zu senken. Die wissenschaftliche Evidenz zum Nutzen ist überwältigend und der früher spürbare Gegenwind gegenüber dieser Behandlung hat deutlich nachgelassen. Sie sind sehr wirksam, werden aber nicht von allen gut vertragen. Ein Fortschritt liegt darin, dass uns heute gute Alternativen zur Verfügung stehen.

Auch beim Rauchen zeigt sich ein klarer Zusammenhang mit Herzinsuffizienz. Wo sollte man ansetzen?

Das ist eine langfristige Aufgabe. Steuerliche Maßnahmen können zwar relativ schnell Effekte erzielen. Noch wichtiger ist aber, früh anzusetzen – am besten im Vorschulalter. Kinder sollten früh lernen, dass sie selbst etwas für ihre Gesundheit tun können. Dieses Bewusstsein muss sich durch die gesamte Schulzeit ziehen und gerade in besonders gefährdeten Familien stärker vermittelt werden.

Dafür brauchen wir neue Wege der Motivation. Entscheidend sind Angebote, die möglichst viele Menschen erreichen. Ein Beispiel ist die gemeinsam mit der Deutschen Herzstiftung entwickelte HerzFit-App. Sie ermöglicht es, das persönliche Risiko einzuschätzen und bietet Informationen zu Medikamenten, Ernährung, Gesundheitsverhalten und Krankheitssymptomen.

Welche Rolle spielen Haus- und Kinderärzte bei der frühen Erkennung kardiovaskulärer Risiken?

Prävention beginnt idealerweise schon in der Kinderarztpraxis. In der bayerischen VRONI-Studie haben wir bei rund 40.000 Kindern das Cholesterin untersucht und dadurch etwa 400 Familien mit familiärer Hypercholesterinämie identifiziert. Das hat gezeigt: Solche Früherkennung funktioniert, wenn Kinderärzte, Familien und spezialisierte Zentren gut zusammenarbeiten. Der Gesundheitsatlas zeigt, wie groß das Potenzial ist: Wenn es gelänge, die günstigeren gesundheitlichen Bedingungen aus sozial besser gestellten Regionen auch in stärker belastete Regionen zu übertragen, ließe sich die Zahl der Herzinsuffizienzfälle deutlich reduzieren.

Was wäre für Sie dabei der wichtigste Hebel?

Gesundheitsförderung sollte über die gesamte Schulzeit vermittelt werden – vor allem bei Kindern, die voraussichtlich eine kürzere Schullaufbahn haben. Spätestens im mittleren Lebensalter müssen wir dann die Risikofaktoren konsequent angehen, die zu Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck und schließlich auch Herzinsuffizienz führen können. Gesundheitschecks mit 35 Jahren bieten dafür eine große Chance. Wenn es in diesem Alter gelingt, Menschen zu einer Gewichtsreduktion oder zum Rauchstopp zu bewegen, kann man viel erreichen.

Andere Länder zeigen, was möglich ist. In der Schweiz oder in Frankreich liegt die durchschnittliche Lebenserwartung rund zwei Jahre höher, auch weil Herz-Kreislauf-Erkrankungen besser vermieden werden. Wir könnten im Durchschnitt ebenfalls länger leben, wenn uns das gelänge.

Was wäre Ihr Wunsch an die Politik?

Entscheidend ist, die Motivation bei den Betroffenen, aber auch auf ärztlicher Seite zu stärken. In England hat man beispielsweise finanzielle Anreize für Ärztinnen und Ärzte geschaffen, wenn es gelingt, den Blutdruck der Patientinnen und Patienten besser ein-

zustellen. Für solche Leistungen haben wir hierzulande noch nicht die richtigen Instrumente.

Wie beurteilen Sie Anreizsysteme für Patientinnen und Patienten?

Viele Menschen tun sehr viel für ihre Gesundheit, und das sollte anerkannt werden. Gleichzeitig halte ich es für schwierig, hinter jedes gesundheitsfördernde Verhalten einen finanziellen Anreiz zu setzen. Im Idealfall werden Bewegung, gesunde Ernährung oder der Verzicht aufs Rauchen so selbstverständlich, dass sie dauerhaft zum eigenen Leben gehören.

Wie lässt sich die Therapietreue gerade bei schwer erreichbaren Patientinnen und Patienten verbessern?

Meine Erfahrung ist, dass es hilft, Angehörige einzubeziehen. Patienten setzen eine Therapie oft konsequenter um, wenn sie gemeinsam mit ihrem Partner kommen. Auch Eltern-Kind-Konstellationen können hilfreich sein: Kinder lassen sich gut motivieren, wenn gesundheitsförderndes Verhalten in der Familie vorgelebt wird. Gesundheit sollte als gemeinsame Aufgabe verstanden werden.

Vielen Dank für das Gespräch.



DIE PRAXIS-SERIE

Lesen Sie am 22. Oktober:

Psychische Erkrankungen sind auf dem Vormarsch – und das schlägt sich auch in den Statistiken zum Krankenstand nieder. Der aktuelle Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK beleuchtet die Folgen.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.